

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 878

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Guy-Albéric BARDON

Né le 12 juin 1914, à Asnières (Seine).

Présentations de l'Epaule négligées
dans les dix dernières années
à la Maternité de Lariboisière

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Guy-Albéric BARDON

Né le 12 juin 1914, à Asnières (Seine).

Présentations de l'Epaule négligées
dans les dix dernières années
à la Maternité de Lariboisière

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	RIESSINGER.
Clinique médicale	CHIRAY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LOEPER.
Clinique des maladies des enfants	CARNOT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLERC.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Marcel LABBE.
Clinique des maladies du système nerveux	LEREBOULLET.
Clinique des maladies infectieuses	NOBECOURT.
Clinique chirurgicale	H. CLAUDE.
Clinique ophtalmologique	GOUGEROT.
Clinique urologique	GUILLAIN.
Clinique d'accouchements	LEMIERRE.
Clinique gynécologique	CUNEO.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	GOSSET.
Clinique thérapeutique médicale	GRÉGOIRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LENORMANT.
Clinique thérapeutique chirurgicale	TERRIEN.
Clinique propédeutique	CHEVASSU.
Clinique de la Tuberculose	COUVELAIRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	JEANNIN.
Clinique de cardiologie	LEVY-SOLAL.
Clinique de neuro-chirurgie	MOCQUOT.
Assistance médico-sociale	OMBREDANNE.
Professeurs sans chaire	RATHERY.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	Maurice VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD ... Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.

MM.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÉNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOÛRE.
 QUENU.
 VELTER.

Clinique chirurgicale

MM.
 ECALLE.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153317_0138

A MA FEMME

A MON FILS

A MES PARENTS

Qui ont tout fait pour moi.

A MES GRANDS-PARENTS

AUX MIENS — A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Paris.

Accoucheur de Baudelocque.

Membre de l'Académie de Médecine.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS DEVRAIGNE

Chargé de Cours de Clinique Annexe à la Faculté.

Accoucheur de Lariboisière.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Il m'a toujours témoigné les marques
d'une affectueuse sollicitude; qu'il veuille
bien trouver ici l'expression de mon ad-
miration de mon respect et de ma recon-
naissance.*

*Il m'a inspiré ce travail et guidé dans sa
réalisation.*

Je l'en remercie très sincèrement.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD CUNEO

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté.

Membre de l'Académie de Médecine.

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Ma très grande admiration et mon profond
respect.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI BENARD

Professeur de Pathologie Expérimentale à la Faculté.
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL CARNOT

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté.

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Membre de l'Académie de Médecine.

Officier de la Légion d'Honneur.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR R. A. GUTMANN

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

MONSIEUR LE DOCTEUR BRECHOT

MONSIEUR LE DOCTEUR SEZARY

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

MONSIEUR LE PROFESSEUR BENARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

MONSIEUR LE DOCTEUR GUTMANN

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

MONSIEUR LE DOCTEUR GRENET

AUX DOCTEURS

J. CH. BLOCH, MERKLEN, CAROLI, CEILLIER

A MES CONFÉRENCIERS ET AMIS

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE CARREZ

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Médecin Consultant à Saint-Quentin.

MONSIEUR LE DOCTEUR LUCIEN DAVID

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Chef de Clinique à la Faculté.

A MES MAÎTRES A L'INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE
ET DE PSYCHIATRIE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR V. BALTHAZARD

Professeur de Médecine Légale à la Faculté.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. DUVOIR

Chef de Travaux,
Médecin de l'Hôpital St-Louis.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. PIEDELIEVRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Professeur de Clinique des Maladies Mentales et de
l'Encéphale à la Faculté de Paris.
Médecin des Hôpitaux.

AVANT-PROPOS

Parvenu aux termes de nos Etudes Médicales, ce nous est une joie en même temps qu'un devoir de reconnaissance que d'adresser à nos Maîtres à la Faculté et dans les Hôpitaux de Paris, que nous avons fréquentés d'abord comme stagiaire, puis comme externe, l'hommage de nos remerciements pour toute la bienveillance avec laquelle ils nous ont guidé et conseillé.

Nous avons terminé notre scolarité en juillet 1938, mais nous n'avions pas jugé bon de soutenir notre thèse avant au moins deux ou trois années. Nous voulions les consacrer à nous perfectionner. C'est ainsi qu'en continuant nos fonctions d'Externe nous avons préparé, durant l'année scolaire 1938-39, le diplôme de Médecine Légale de la Faculté. Nous avions d'autres projets pour la prochaine année scolaire.

Les circonstances exceptionnelles nous obligent à les abandonner pour défendre notre Patrie dans la juste cause qu'elle soutient.

Puisse cette cause être victorieuse.

INTRODUCTION

La Présentation de l'Epaule négligée est à l'origine de complications très graves de l'accouchement, tant du point de vue du pronostic maternel (rupture utérine, infection, choc) que du pronostic fœtal. Les Epaules négligées ont posé des problèmes de thérapeutique très délicats pour lesquels la majorité des Accoucheurs a adopté une conduite identique, mais qui, comme nous le verrons, sont encore discutés par certains Auteurs.

Or, depuis la communication du Professeur PINARD à l'Académie de Médecine en 1895, on a organisé dans les Maternités Parisiennes et notamment à Lariboisière, des consultations prénatales qui permettent de suivre les femmes enceintes, et de les amener autant que faire se peut à un accouchement naturel. C'est ainsi qu'une Epaule dépistée pourra être corrigée par une version par manœuvres externes et le maintien de la présentation ainsi réduite par une ceinture eutocique. Et si la réduction n'est pas durable, l'accoucheur prévenu restera dans « l'expectation armée » et pourra suivre la marche du travail. Il pratiquera un Braxton Hicks ou une version Podalique, ou enfin une césarienne.

On voit donc les immenses services que peuvent

rendre les consultations prénatales bien organisées dans le cas — isolé entre de nombreux autres — qui nous occupe.

Dans une première partie de ce travail nous étudierons les différents traitements de la Présentation de l'Epaule négligée tels qu'on les pratique, notamment à la Maternité de Lariboisière.

Puis dans une 2^e partie nous étudierons les cas peu nombreux à la vérité qu'il nous a été donné de rencontrer à la Maternité de Lariboisière depuis dix ans. Nous verrons combien ces cas sont plus rares, avec la fréquentation de plus en plus régulière des consultations prénatales par les femmes enceintes.

Cette étude sera faite en s'appuyant sur des observations que nous a obligeamment communiquées notre Maître, M. le Docteur DEVRAIGNE.

PREMIERE PARTIE

DES DIFFERENTS TRAITEMENTS DE L'EPAULE NEGLIGEE PRATIQUES A LA MATERNITE DE LARIBOISIERE

Le traitement de la Présentation de l'Epaule négligée est très différent selon que le fœtus a succombé ou non.

A. — Extraction du fœtus mort dans la présentation * de l'épaule irréductible.

Le procédé utilisé dans l'Epaule irréductible avec fœtus mort est dans la très grande majorité des cas l'embryotomie rachidienne ou méthode de Celse. C'est en effet cet auteur qui l'a décrite le premier. Puis elle cesse rapidement d'être pratiquée et il fallut attendre, avec les travaux de certains auteurs étrangers, ceux de Paul DUBOIS et de DÉSORMEAUX en France pour qu'elle y acquit définitivement droit de cité. Elle se pratique avec différents instruments bien connus : ciseaux de DUBOIS, crochet de BRAUN, embryotome de RIBEMONT DESSAIGNE, guillotine de TAR-

NIER. La section du cou est le procédé de choix. Ce n'est que dans l'impossibilité de l'atteindre qu'on a recours à la section du tronc ou de la colonne vertébrale, auxquels on ajoute ou non soit l'éviscération, soit la Brachiotomie. Nous n'insisterons pas sur la technique de ce procédé qui est réglée dans tous ses détails.

Dans un article de la Revue Médicale Française de Décembre 1938, M. le Professeur Agrégé GUÉNIOT cite trois cas dans lesquels il a été amené à pratiquer une césarienne pour Présentation de l'Epaule avec enfant mort. Mais il n'a eu recours à ces interventions que parce qu'il n'a pu pratiquer une Embryotomie rachidienne « en raison de l'état de contracture de l'utérus et de la situation élevée du fœtus au-dessus d'un anneau de contracture qui empêchait la pénétration de la main et le maniement des embryotomes ». Ces césariennes ont été suivies dans deux cas d'hystérectomie abdominale subtotale et dans un cas d'une extériorisation temporaire de l'utérus (opération de PORTES) avec réintégration au 45^e jour.

Mais il n'en reste pas moins que ces interventions sont exceptionnelles et que dans la plupart des cas on recourt à l'embryotomie rachidienne qui, pratiquée dans de bonnes conditions, fait courir à la mère le minimum de risques et — traitement conservateur — permettra une grossesse ultérieure.

B. — Interventions par voie haute.

Ces interventions sont réservées aux cas où l'enfant est encore vivant ou à ceux — très rares — que nous venons de voir et où l'embryotomie est impossible.

Le grand risque qu'elles font courir est l'infection péritonéale, en plus des accidents inhérents aux accouchements laborieux et que l'on retrouve également après les embryotomies. Outre l'état de *minoris résistante* dans lequel se trouve presque physiologiquement la femme en travail, certains facteurs tels que : affection vulvo-vaginale, ouverture prématurée de la poche des eaux, essais d'extraction par voie basse et surtout les touchers répétés et faits dans des conditions précaires favorisent l'infection.

Délaissant l'opération de PORRO aujourd'hui abandonnée et les peu fréquentes hystérectomies, nous décrirons rapidement la césarienne corporeale, la césarienne supra-symphysaire et l'opération de PORTES.

I. — CÉSARIENNE CORPORÉALE.

En 1882, KERRER d'Heidelberg et SANGER de Leipzig décrivent la césarienne conservatrice. BAR la pratique le premier en France et c'est DEMELIN qui, en 1895, la montre par ses statistiques, beaucoup moins grave que l'opération de PORRO. Des discussions surgissent entre partisans de la césarienne pratiquée dans les

cas purs et ceux qui veulent opérer même des femmes chez lesquelles la poche des eaux est rompue depuis longtemps.

En réalité, les césariennes tardives sont grevées d'une lourde mortalité, soit par péritonite primitive causant la mort en 48 heures, soit par péritonite secondaire, les germes se propageant au péritoine par l'intermédiaire de la suture utérine. Il semble qu'il faille s'en tenir aux indications ainsi formulées par M. le Professeur COUVELAIRE : « La césarienne ne peut être indiquée qu'au début du travail alors que la poche des eaux est encore intacte ou rompue depuis peu, la température et le pouls étant restés normaux ».

Il semble actuellement avéré que le drainage à la MICKULICZ ait réalisé un gros progrès dans la lutte contre l'infection du péritoine, quoiqu'on puisse lui reprocher (M. le Pr. COUVELAIRE, M. le Pr. JEANNIN) de ne pas établir un barrage suffisant entre l'utérus et les anses intestinales, et en outre de provoquer la formation d'adhérences inflammatoires annexielles et intestinales.

Actuellement la césarienne corporéale est de plus en plus abandonnée en faveur de la césarienne basse supra-symphysaire.

II. — CÉSARIENNE BASSE.

Elle fut mise en évidence en 1906 par FRANK au Congrès de Lisbonne.

Elle est conçue pour éviter l'infection de la séreuse exécutée en dehors de la grande cavité péritonéale.

L'incision utérine se pratique sur le segment inférieur. Pour y parvenir il existe deux grands procédés.

a) Procédés extra ou sous-péritonéaux.

b) Procédés trans-péritonéaux.

Les procédés extra ou sous-péritonéaux sont plus séduisants à première vue. Après incision des téguments, on décolle le péritoine pariétal et on arrive sur le segment inférieur.

Mais les accidents sont possibles et variés : déchirure du péritoine, lésion d'un uretère, hémorragies. C'est pourquoi la majorité des auteurs préfère les procédés trans-péritonéaux.

Les procédés trans-péritonéaux.

Les avantages de cette intervention sont qu'elle est moins dangereuse à pratiquer que la précédente.

Après l'accouchement et la délivrance on pratique la suture du péritoine (en paletot) et on place un MICKULICZ, on ferme ensuite la paroi en trois plans.

On a ainsi réalisé un drainage extra-péritonéal.

La césarienne basse présente un certain nombre de difficultés techniques, telles qu'hémorragies au niveau du segment inférieur, hémorragie plus difficile à arrêter qu'au niveau du corps utérin, extraction de l'enfant souvent délicate, infection du péritoine par le liquide amniotique. Mais elle a le gros avantage de réduire au minimum les risques d'infection secondaire du péritoine.

Dans la présentation de l'Epaule négligée, elle est préférable à la césarienne corporéale, mais il faut pour pouvoir la pratiquer avec le minimum de risques que les membranes soient rompues depuis peu de temps et que la femme ne soit pas nettement infectée. Sinon, il est de beaucoup préférable de recourir à l'opération de PORTES.

III. — OPÉRATION DE M. LE P^r AGRÉGÉ PORTES :

CÉSARIENNE SUIVIE D'EXTÉRIORISATION TEMPORAIRE
DE L'UTÉRUS.

Elle fut réalisée pour la première fois le 14 décembre 1923.

Dans un article de la Revue Gynécologie et Obstétrique, M. le P^r Agrégé PORTES s'exprime ainsi :
...« Dans les dystocias par présentation vicieuse de
« l'enfant, telle que siège incliné, *présentation de*
« *l'épaule*, présentation du front, on peut être amené
« à pratiquer cette intervention. Dans un cas nous
« avons pratiqué la césarienne avec extériorisation
« pour une présentation de l'épaule irréductible,
« avec rupture prématurée des membranes, alors que
« la mise en place d'un ballon intra-utérin n'avait
« amené aucune dilatation du fait d'une sclérose du
« col..... »

L'opération de PORTES présente l'avantage de permettre l'extraction du fœtus sans risque d'infection péritonéale ni primitive, ni secondaire et de lutter

contre l'infection si celle-ci évolue après l'évacuation utérine.

A son sujet, M. le P^r COUVELAIRE s'exprime ainsi :
« ...Si on veut la (l'opération de PORTES) comparer à
« d'autres opérations, il faut établir le parallèle non
« pas avec des opérations envisagées en général,
« mais avec des opérations pratiquées dans des con-
« ditions cliniques déterminées et comparables. Or,
« lorsque le contenu utérin est infecté, je crois que
« l'opération de PORTES est plus sûre que l'opération
« césarienne basse. Parce qu'elle permet d'une façon
« absolument certaine d'opérer sans aucun risque de
« contamination de la cavité péritonéale et qu'elle
« est presque aussi sûre que l'hystérectomie parce
« qu'elle permet de réaliser très simplement l'exérèse
« secondaire de l'utérus si cette exérèse devient né-
« cessaire... ».

De cette étude des diverses interventions il résulte que :

1° Si l'enfant est mort, l'embryotomie rachidienne est le meilleur procédé;

2° Si l'enfant est vivant, et si on ne peut pratiquer la version il faudra :

a) pratiquer la césarienne basse s'il n'y a pas d'infection nette;

b) s'il y a des signes d'infection, pratiquer une opération de PORTES ou une césarienne suivie d'hystérectomie.

DEUXIEME PARTIE

A la suite de l'exposé de divers procédés utilisés dans les présentations de l'Epaule négligées, nous allons maintenant passer en revue les différents cas qui ont été traités à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière depuis dix ans. Nous ferons cette étude non pas tant dans un sens de technique pure qu'en insistant sur ce fait que les femmes dont il s'agit n'avaient jamais consulté dans le service au cours de leur grossesse et que partant, on n'avait pu obvier utilement à leur dystocie. Nous remarquerons d'emblée que les cas étaient beaucoup plus fréquents il y a quelques dix ans que ces dernières années. Or, cette diminution dans le pourcentage des accouchements du nombre des présentations de l'Epaule négligées ne va-t-il pas avec la diminution du nombre des femmes qui ne consultent pas pendant leur grossesse, la courbe de la dystocie ne croise-t-elle pas en X allongée celle des consultantes ? Dans une conférence faite le 2 juillet 1927 au Musée Social au Comité National de l'Enfance sur le rôle du Médecin dans les consultations maternelles, M. le Docteur DEVRAIGNE disait :
« ...Si par les consultations maternelles bien faites il
« y a *moins de femmes ignorantes*, il en est toujours
« une catégorie redoutable contre laquelle nous

« sommes désarmés encore temporairement, tant que
« les leçons d'hygiène préventive données dès l'école
« primaire n'auront pas portées leurs fruits : ce sont
« *les femmes négligentes*. En effet, malgré toutes les
« facilités qui leur sont offertes avec des consulta-
« tions journalières et permanentes, au Congrès de
« Paris de 1922, je constatais avec peine, que sur
« 100 femmes qui venaient accoucher dans nos Ma-
« ternités Parisiennes, 25 % n'avaient pas consulté
« auparavant ! Ceci nous explique de nombreux cas
« de dystocie que nous ne devrions plus voir. J'ai
« fait récemment les mêmes recherches pour voir si
« la statistique s'était améliorée à Lariboisière. J'ai
« trouvé 21 % : c'est encore beaucoup trop... »

Il est d'ailleurs à relever que dans le nombre des femmes venant accoucher à l'hôpital, il en est certaines qui ont consulté et ont été suivies en ville, mais chez lesquelles la dystocie n'avait pas été prévue et que l'on a envoyé à l'hôpital quand l'accouchement s'est révélé anormal. Il n'est que trop évident qu'on ne saurait reprocher aux parturientes un diagnostic erroné du médecin ou de la sage-femme.

Comment sont donc organisées les consultations prénatales ?

La consultation prénatale de la Maternité de Lariboisière fonctionne tous les matins. Elle est faite par un externe et par une sage-femme qui examinent très complètement les consultantes dont les urines ont été au préalable analysées par une infirmière. Pour chacune des consultantes on établit un dossier qui est

conservé à la consultation. Les femmes viennent pendant les sept premiers mois environ toutes les 4 à 5 semaines. Vers le terme de leur grossesse elles viennent plus fréquemment. Si un diagnostic de position est délicat, une radiographie est faite en temps utile, et les cas difficiles sont envoyés au Chef de service. En sorte qu'il est impossible qu'une femme suivie à la Maternité pendant sa grossesse arrive à la date de son accouchement sans que toutes les précautions aient été prises pour que celui-ci soit le plus aisé possible.

Le gros problème était donc d'amener les femmes à bien vouloir se faire suivre régulièrement dans des consultations d'Hôpitaux ou de dispensaires ou encore par leur médecin ou une sage-femme. Grâce à de nombreuses conférences et à de nombreux articles faits par des Maîtres de l'Obstétrique — au premier rang desquels il faut citer notre Maître, M. le Docteur DEVRAIGNE — grâce aussi à la Vox-Populi, les femmes enceintes que nous appellerons instruites se font de plus en plus nombreuses.

Nous avons vu en effet dans le courant de l'exposé que d'après les statistiques citées par M. le Docteur DEVRAIGNE, en 1922, 25 % des femmes venant accoucher à la Maternité de Lariboisière n'avaient jamais consulté. Ce nombre tombait à 21 % en 1926, il tombait enfin à 14 % en 1937. Le progrès réalisé ainsi est certain. Il est encore insuffisant. Et c'est bien évidemment par le canal des leçons d'hygiène à l'école que l'on peut espérer, dans un avenir prochain, voir le pourcentage s'abaisser aux environs de zéro.

Tandis que le pourcentage des non consultantes était de 25 % en 1922, le nombre des Epaules négligées était beaucoup plus élevé qu'aujourd'hui. Dans la période qui va de 1929 à 1939 il a été pratiqué à la Maternité de Lariboisière 28.692 accouchements. Il ne nous a été possible de relever dans ce total considérable que six cas de Présentations de l'Epaule négligées. Et encore leur répartition est-elle très inégale.

De 1929 à 1932, en quatre ans, nous rencontrons 4 cas. A cette époque la proportion des consultantes était de 80 %.

De 1932 à 1939, en 7 ans, nous ne rencontrons plus que 2 cas. Et pendant cette période la proportion de consultantes augmentait jusqu'à 84 et 85 %. Notons surtout que depuis avril 1936, sur 10.405 accouchements, nous ne trouvons plus un seul cas d'Epaule négligée. La proportion des consultantes n'est encore cependant que de 86-87 %.

Nous serons donc exposés à en rencontrer un cas dans un temps plus ou moins éloigné et nous resterons exposés à le rencontrer tant que la proportion des consultantes ne sera pas de 100 %.

D'ailleurs à la ville, avec les moyens de transports rapides, les centres hospitaliers à proximité, cette dystocie est moins fréquente qu'à la campagne. Nous n'en voulons pour preuve qu'une « Note sur quelques cas de présentations de l'Epaule » par M. P. DUHAZE, accoucheur de la Maternité d'Alençon, rapportée par M. LANTUEJOUL à la séance de la Société

d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris du 9 novembre 1936. Dans celle-ci, après avoir présenté un certain nombre d'observations, M. DUHAZE s'exprime ainsi : «A noter qu'à part l'observation qui concerne l'accouchement gemellaire, toutes les Présentations de l'Epaule que nous avons eues proviennent de la campagne, où elles sont relativement fréquentes. Cette fréquence est due à ce fait que, presque toujours, les femmes enceintes négligent, malgré les avertissements de leur médecin, de se faire examiner au cours de la grossesse et attendent les premières douleurs pour appeler sage-femme ou médecin.

Lorsque le diagnostic est posé, la femme est presque toujours transportée d'urgence à la Maternité sans qu'aucune tentative d'intervention ne soit exécutée. Bien souvent à la campagne, dans nos régions, la salle commune sert en même temps de cuisine, de chambre et de salle-à-manger et ne présente pas, de ce fait, les conditions d'hygiène et d'asepsie que l'on peut demander; de plus, le Médecin, n'ayant rien sous la main (les accouchements se faisant la plupart du temps, même s'ils sont dystociques, sans anesthésie et sans gants) préfère conduire lui-même sa cliente à la Maternité, même s'il en est éloigné de 50 ou 60 kilomètres, plutôt que de risquer un accouchement pénible, parfois dangereux pour la mère et souvent pour l'enfant. Ces parturientes nous sont donc amenées la plupart du temps aussitôt, sans que l'on ait rien tenté, chose à laquelle nous attachons la

plus grande importance, tant au point de vue facilité de l'intervention et de ses suites qu'au point de vue de la vie de l'enfant. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi....

« Pour diminuer le nombre de ces présentations dystociques, il faudrait créer des consultations prénatales, tout au moins dans les principaux centres; malheureusement, dans nos régions l'idée de créer de telles consultations est rejetée par la majorité des Médecins; enfin si malgré toutes ces précautions on se trouve en présence d'une de ces présentations, il est bon de diriger d'urgence la femme sur un centre obstétrical ».

Il nous paraît donc se dégager de cette communication qu'il y aura lieu longtemps encore de distinguer à la grave dystocie que constitue la présentation de l'Epaule négligée, une « pathogénie rurale » tenant aux conditions inhérentes à l'exercice de la Médecine à la campagne et peut-être un peu également au mauvais vouloir de certains Médecins, ainsi qu'à la moindre malléabilité et à l'esprit de résistance encore trop répandu dans certaines populations de nos provinces.

Quoiqu'il en soit, dans la pratique urbaine qui seule nous intéresse ici, l'Epaule négligée doit s'effacer de la pathologie obstétricale et il semble que grâce aux organisations modernes des consultations prénatales, telles que celle organisée à la Maternité de Lariboisière, elle soit effectivement en voie de disparition.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1.

6 janvier 1929. Epaule négligée chez une femme ayant consulté deux fois à Lariboisière au début de sa grossesse est suivie dans les six derniers mois en ville par une sage-femme.

Opération de PORTES.

Mme E..., 39 ans.

IX^e geste.

Dernières règles du 22 au 26 mars, donc à terme.

Rupture prématurée des membranes le 4 janvier à 21 h.

Apparition des premières douleurs le 6 janvier à 13 heures.

Dilatation complète le 6 janvier à 17 h. 5.

A l'entrée dans le service on diagnostique une présentation de l'épaule en A. I. D., la femme étant incomplète. Le fœtus est vivant.

Il s'agit ici d'une présentation négligée, les membranes étant rompues depuis 44 heures.

L'Assistant du service pratique une opération de PORTES le 6 janvier à 18 h. 15.

Epaule fortement engagée.

Extraction d'une fille vivante pesant 3.500 grammes.

Délivrance artificielle : 750 grammes.

On pratique après l'opération une injection de 1 cm³ de morphine, une injection de sérum : 500 cm³, et une ampoule de 20 cm³ d'huile camphrée.

Guérison.

OBSERVATION 2.

1^{er} janvier 1930. Epaule négligée chez une femme n'ayant pas consulté au cours de sa grossesse. Hystérectomie et embryotomie.

Mme M...

II^e geste. Un accouchement normal d'un enfant vivant.

Dernières règles 18 mai.

Rupture prématurée des membranes le 31 décembre.

Tentative d'abaissement d'un pied pour présentation de l'épaule gauche lorsque la dilatation est à petite paume. Procidence du cordon. L'auscultation est négative. L'utérus est rétracté. L'anneau de BANDL est très difficile à franchir.

Rupture utérine complète s'étendant de la face antérieure au côté droit.

M. GUÉNIOT pratique une hystérectomie après une embryotomie céphalique.

Après l'intervention, la température est à 37°, le pouls à 120.

La femme est en état de Schock. Traitement d'usage : Caféine 2 cc. Sérum I. V. 200 cc. et S. C. 500 cc. Adrénaline S. C. 1 cc. et I. V. Huile camphrée 30 cc. Strychine 1 cc. Transfusion 100 cc. Décès à 10 h. 30.

OBSERVATIONS 3.

8 mai 1931. Epaule négligée chez une femme n'ayant pas consulté au cours de sa grossesse. Version par manœuvres internes. Enfant vivant.

Mme D..., 30 ans.

5^e geste : 4 accouchements à terme (3 enfants morts : 4 ans 1/2, trois ans, 14 mois; un bien portant).

Même procréateur bien portant.

Dernières règles fin juillet : grossesse à terme.

Début du travail le 7 mai à 12 heures.

Rupture des membranes le 8 mai à 1 heure.

Accouchement procédé DELMAS : 5 heures 30.

Accouchement méthode rapide de DELMAS pour présentation de l'Epaule négligée; les membranes étant rompues depuis cinq heures.

Le membre supérieur est engagé dans le vagin avec dilatation entre 2 et 5 frs.

Injection rachidienne de scurocaïne.

Dilatation bimanuelle très facile (durée 3 minutes).

Version par manœuvres internes réalisée facilement quoique sans liberté exagérée. Accouchement terminé par grande extraction avec MAURICEAU facile.

Extraction d'un garçon né en état de mort apparente forme blanche, ranimé facilement (2 circulaires serrées). Poids 3.430.

Délivrance immédiate par traction et expression, le placenta pèse 500 grammes; l'utérus revient immédiatement et se rétracte parfaitement.

Pas d'hémorragie.

Injection intra-utérine iodo-iodurée.

Huile camphrée 10 cm³, Spartéine 1 cm³, Pyoformine I. V. 2 ampoules.

La femme sort guérie. L'enfant est bien portant.

OBSERVATION 4.

10 mai 1932. Femme non suivie à l'Hôpital pendant sa grossesse. Césarienne haute suivie d'hystérectomie.

Mme B..., 31 ans.

V^e geste : 4 accouchements normaux d'enfant bien portant.

Début du travail le 9 à 9 heures.

Rupture spontanée des membranes, le 9 à 9 heures.

Durée du travail : 28 heures 30.

Femme amenée de ville pour arrêt du travail.

Hystérectomie sub-totale après tentative de DELMAS pour présentation de l'Epaule chez une femme présentant des signes d'infection amniotique.

Extraction après césarienne préalable d'un garçon vivant pesant 3.850 grs.

Délivrance immédiate pesant 650 grs.
Guérison.

OBSERVATION 5.

11 juillet 1934. Femme suivie en ville pendant sa grossesse. Embryotomie rachidienne pour enfant mort.

Mme S..., 21 ans.

1 pare.

Embryotomie rachidienne par le Docteur RAVINA.

Femme arrivant de la ville avec une présentation de l'épaule. Bras pendant dans le vagin, poche des eaux rompue depuis quelque temps.

En raison de l'enclavement de l'épaule et de la partie supérieure du thorax il n'est pas question de faire une embryotomie cervicale. On sectionne la colonne vertébrale au niveau de la 4^e vertèbre dorsale, éviscération.

Extraction du siège en mettant une pince de Museux sur la partie inférieure de la colonne vertébrale.

Extraction facile de la partie supérieure du fœtus.

Délivrance artificielle pour vérifier l'utérus qui est un peu cordiforme.

Enfant du sexe masculin pesant 2.270 grs.

Le placenta pèse 450 grs.

Périnée intact.

OBSERVATION 6.

7 avril 1936. Femme non suivie à Lariboisière. Embryotomie cervicale pour enfant mort.

Mme B..., 39 ans.

VI^e geste : 5 accouchements normaux à terme (1 enfant mort de méningite à 2 ans).

Dernières règles le 4 juillet.

Début du travail le 7 à 15 heures.

Rupture précoce des membranes.

Durée du travail 10 heures 30.

Embryotomie cervicale pour présentation de l'épaule en

A. I. G., procidence du cordon.

Poche des eaux rompue depuis une heure.

Dilatation complète.

Les bruis du cœur ne sont pas perçus à l'arrivée.

On pose un lacs sur le bras procident.

Extraction facile de la tête.

Fille pesant 2.870 grs.

Délivrance artificielle immédiate, suivie de Révision utérine.

Le placenta pèse 480 grs.

Injection iodo-iodurée.

Guérison.

CONCLUSIONS

Grâce aux consultations prénatales bien organisées dans les Maternités, depuis la communication du Professeur PINARD, à l'Académie de Médecine en 1895, les Présentations de l'Epaule négligées ont à peu près disparu à l'heure actuelle.

Vu, Le Président de thèse,

COUVELAIRE.

Vu, Le Doyen,

TIFFENEAU.

Vu et Permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBERT (L.). — L'opération césarienne transpéritonéale sur le segment inférieur. *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars 1921.
- BAR (P.). — L'Obstétrique, 1899.
- De l'opération césarienne. *Semaine médicale*, 1887.
- BOQUEL. — Sur l'opération césarienne d'urgence. *Annales de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1904.
- CATHALA. — De la valeur de la césarienne transpéritonéale basse. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, fascicule 1, page 87, 1926.
- COUVELAIRE. — Indications de la césarienne conservatrice par voie abdominale en dehors des bassins rétrécis. *Congrès de 1921 in Gynécologie et Obstétrique*, Tome 4, N° 4, page 512.
- A propos de la césarienne avec extériorisation temporaire de l'utérus. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Février 1925.
- Statistique des césariennes basses faites à la clinique Baudelocque. *Obstétrique et Gynécologie*, Novembre 1925.
- DELMAS. — Des Rachitomies. *Montpellier Médical*, 1925.
- DEVRAIGNE. — 25 ans de puériculture et d'hygiène sociale, page 270.
- DUHAZE. — Note sur quelques cas de présentation de l'Epaule. Rapport de M. LANTUEJOUL. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, Novembre 1936.
- GUÉNIOT (P.). — La césarienne pour présentation de l'Epaule. *Revue médicale française*, Décembre 1938.
- JEANNIN et GUÉNIOT. — Thérapeutique obstétricale et gynécologique.
- LE LORIER. — Opération césarienne conservatrice après rup-

ture des membranes. *Obstétrique*, Novembre 1910.

NAUDIÈRE (Ph.). — Contribution à l'étude du traitement des présentations de l'Epaule négligées. *Thèse de Paris*, 1926.

TARNIER. — Présentation de l'Epaule droite. Détruncation. Application de Forceps. *Journal des sage-femmes*, 1890, XVIII.

VAUDESCAL. — Césarienne suivie de l'extériorisation de l'Utérus. Discussion et indications de la technique et des résultats. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 8 décembre 1924.